



Remoção por Permuta entre Regionais - Relatório Médico

Última atualização em 20/03/2023

Relatório Médico

Relatório Médico da área de saúde do

à área de saúde do

Dados Pessoais

Nome:

Nome social (se houver):

CPF:

Data de Nascimento:

Pasta Funcional:

Telefone (com DDD):

E-mail:

Cargo:

Data de Admissão:

Órgão de Origem:

Informações Básicas

Houve afastamento(s) por motivo de saúde nos últimos 5 anos?

Em caso positivo, detalhar por ano:
(preencher tantos quantos forem necessários)

Licença 1:

Descrição:

Ano:

Dias de Afastamento:

Licença 2:

Descrição:

Ano:

Dias de Afastamento:

Licença 3:

Descrição:

Ano:

Dias de Afastamento:

É Pessoa com Deficiência (PcD)?

Há restrição laboral?

Em caso positivo, informar sobre a doença motivadora da modificação de atividades laborais:

Histórico de Saúde

Alergias

Doenças Crônicas

Diabetes

Hipertensão Arterial

Hepatopatias

Nefropatias

Doenças Infecciosas

Neoplasia

Doenças Neurológicas

Doenças Psiquiátricas

Doenças Osteomusculares

Pessoa com Deficiência

Restrições Laborais

Outros:

Detalhar histórico de saúde, quando positivo:

Histórico Médico Ocupacional

Foi realizado o exame periódico?

Em caso positivo, informe:

Data da realização:

Conclusão do exame periódico:

Informações Adicionais

Informações Adicionais:

Termo de Compromisso

- ✓ **AUTORIZO** o envio deste formulário, contendo informações médicas, bem como uma cópia, na íntegra, de meu prontuário à área de saúde do
- ✓ **AUTORIZO** a utilização dos meus Dados Pessoais para os fins específicos deste documento, de acordo com a [Lei Geral de Proteção de Dados](#) (LGPD).

Data:

Assinatura:

Espaço Reservado para assinatura física ou digital

Observação: As informações contidas neste formulário deverão ser encaminhadas **exclusivamente** à área de saúde de outro Tribunal, em envelope lacrado, com o indicativo de **sigilo/confidencial**.



Atenção! Este documento faz parte de uma lista de exigências para análise do pedido. Não se esqueça de conferir se todos os formulários/declarações necessários estão preenchidos e assinados, antes de realizar o protocolo.

Remoção por Permuta entre Regionais:

- **Requerimento;**
- **Relatório Médico;**
- **Formulário para Registro Funcional;**
- **Curriculum Vitae**

**DESEJA REGISTRAR UMA
DENÚNCIA, RECLAMAÇÃO,
SUGESTÃO, ELOGIO,
OU PEDIR ACESSO À
INFORMAÇÃO?**

APONTE A CÂMERA DO SEU DO SEU CELULAR PARA O QR CODE



OUVIDORIA
JUSTIÇA DO TRABALHO
TXT 04 3º Região (MG)